

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus equipe 3 na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz, Rio Grande/ RS

Rafael Correosa Hernandez

Pelotas, 2016

Rafael Correosa Hernandez

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus equipe 3 na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz, Rio Grande/ RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Stelita Pachêco Dourado Neta

Co-orientadora: Simone Damásio Ramos

Pelotas, 2016

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

H557m Hernandez, Rafael Correosa

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus Equipe 3 na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz, Rio Grande/RS / Rafael Correosa Hernandez; Stelita Pacheco Dourado Neta, orientador(a); Simone Damásio Ramos, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

84 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Dourado Neta, Stelita Pacheco, orient. II. Ramos, Simone Damásio, coorient.

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho à minha família que tanto amo pela força e apoio que dão para mim mesmo ainda eu estando longe.

À minha filha que é minha inspiração em tudo que faço.

A meus amigos e amigas que ajudaram a ser mais belo e importante o trabalho do curso.

Agradecimentos

À orientadora Simone Damásio Ramos..por toda sua paciência para eu conseguir terminar o curso

À Co orientadora Stelita Pachêco Dourado Neta

À minha supervisora Maria de Lourdes que tanto apporto para lograr nosso trabalho;

À meus companheiros da equipe por sua ajuda e apoio para que nosso trabalho se realizasse;

À Secretaria de Saúde e a Prefeitura do município por toda sua ajuda prestada para minha equipe;

À todos meus familiares e amigos, que de uma forma ou outra fizeram possível que nosso trabalho se realizasse.

Resumo

HERNANDEZ, Rafael Correosa. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus** equipe na **UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz, Rio Grande/RS**. 2016. 83f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) caracterizam-se por serem doenças crônicas não transmissíveis e apresentam lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica. Atingem grande parte da população e estão sujeitas a sofrerem influências de vários fatores de risco, os quais podem desencadear ou intensificá-las. Dessa forma, torna-se essencial um acompanhamento adequado dos portadores destas patologias a fim de prevenir ou retardar o surgimento de possíveis complicações que podem afetar negativamente a qualidade de vida desses usuários. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM na Unidade Básica de Saúde (UBS) Raimundo Expedito da Cruz no município de Rio Grande, RS, através da qualificação da assistência, da implantação de um registro específico para essa ação programática e do desenvolvimento de atividades coletivas de promoção à saúde aos usuários da população-alvo. A intervenção foi realizada no período de outubro 2015 a janeiro 2016, totalizando 12 semanas com objetivos específicos de ampliar a cobertura de acompanhamentos a hipertensos e diabéticos no respectivo programa; melhorar a adesão dos usuários com HAS e DM ao programa; qualificar o atendimento aos usuários com doença crônica de HAS e DM na unidade; melhorar o registro das informações na atenção primária à saúde; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e desenvolver ações de promoção à saúde. A intervenção teve ações contempladas em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Os dados para monitoramento e avaliação foram coletados com ajuda da Planilha de Coleta de Dados (PCD) e Ficha-Espelho elaboradas pela UFPEL. A população da área de abrangência vinculada à equipe é de 2424 pessoas e segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) teríamos a estimativa de que na área haviam 541 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 155 pessoas com Diabetes. Nossa cobertura antes da intervenção era de 231 (43%) hipertensos e 98 (68%) diabéticos. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 194 (84%) usuários hipertensos e 96 (98%) diabéticos da área de abrangência da equipe. Para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados alcançamos as metas dos indicadores de qualidade. O trabalho possibilitou a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM, embasado nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde (MS) sobre hipertensão e diabetes, além da realização de diversas ações coletivas de promoção à saúde direcionada aos usuários com HAS e DM da área de abrangência.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia de monumento da entrada da cidade de Rio Grande/RS.	14
Figura 2	Fotografia da fachada da frente da UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz em Rio Grande-RS.	15
Figura 3	Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015	54
Figura 4	Fotografia de atividade de educação em saúde realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015	54
Figura 5	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015	58
Figura 6	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015	59

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AS	Análise Situacional
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DCT	Doenças Crônicas Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ES	Estratégia da Saúde da Família
ESB	Equipe de Saúde Bucal
FR	Fatores de Risco
FURG	Universidade Federal Rio Grande
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IBGE	Instituto Brasileiro de Engenharia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMMB	Programa Mais Médicos para o Brasil
RMPC	Risco Materno Pré-concepcionais
RN	Recém Nascido
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Pré-natal

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade Saúde Família

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa.....	25
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	29
2.3.1 Detalhamento das ações.....	29
2.3.2 Indicadores.....	42
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma.....	51
3 Relatório da Intervenção.....	52
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	52
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	56
4 Avaliação da intervenção.....	57
4.1 Resultados	57
4.2 Discussão	68
5 Relatório da intervenção para gestores	70
Prezados Gestores,.....	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Processo pessoal de aprendizagem	76
Referências	78
Anexos	79
Anexo A Ficha Espelho	80
Anexo B Planilha de Coleta de Dados	81
Anexo C Documento do Comitê de Ética	82
Anexo D Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias	83

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Este volume abrange o relatório da análise situacional, com a descrição dos principais problemas encontrados na UBS Dr. Raymundo Expedito da Cruz, assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalhos. O projeto de intervenção corresponde à análise estratégica; apontando a justificativa desta intervenção dentro da unidade e no contexto da atual das doenças crônicas, mais especificamente hipertensão e diabetes mellitus. Elaboramos metas para que o principal objetivo fosse alcançado. O Cronograma mostra as principais ações que foram realizadas e assim chegamos aos resultados, mostrados no relatório da intervenção com a descrição das ações. Por fim temos a reflexão crítica do processo de aprendizagem do aluno durante a elaboração do projeto, aplicação prática e análise dos resultados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Segundo Brasil (2003. p.14) “saúde não é um produto nem um estado, ela é um processo multidimensional, onde permanentemente se relaciona os sistemas biológicos, psicológicos, sociais, culturais, familiares e ambientais”. Para Laurell (apud Batistella 2007. p.64), a saúde é vista como uma “necessidade humana”, cuja satisfação “associa-se imediatamente a um conjunto de condições, bens e serviços que permitem o desenvolvimento individual e coletivo de capacidades e potencialidades, conformes ao nível de recursos sociais existentes e aos padrões culturais de cada contexto específico”.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é composta por equipe multiprofissional e ela precisa penetrar o contexto social, comunitário e familiar para melhorar a compressão das distintas dimensões onde ocorre a vida na população e poder fazer uma melhor utilização dos recursos. Os integrantes de minha equipe são: médico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, dentista, assistente dental e os integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (psicóloga, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e educador físico). Para implantação de uma Equipe de Saúde da Família é necessário que os profissionais da Estratégia entendam que possuem atribuições como: Participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da Equipe, identificando grupos, indivíduos e famílias expostos a riscos e vulnerabilidade, manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos, realizar o cuidado da saúde da população adstrita, realizar ações de atenção à saúde, garantir da atenção à saúde conforme a necessidade de saúde da população local, realizar

busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local, garantir a qualidade do registro das atividades no sistema de informação na Atenção Básica, praticar cuidado familiar e dirigido a coletividades e equipes, realizar reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações de equipe a partir da utilização de dados disponíveis e participar das atividades de educação permanente.

A Atenção Primária em Saúde (APS) é parte integral do Sistema Nacional de Saúde do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social, econômico e global da comunidade, seu objetivo central é organizar os Sistemas Sanitários em torno a um sistema forte, centrado no paciente e na comunidade levando a atenção a Saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde, em ela se trabalha com diferentes programas: Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), Doenças Crônicas Transmissíveis (DCT), Programa Materno Infantil (gravidez e crianças menores de quatro anos), Risco Materno Pré-concepcionais (RMPC) com orientação, saúde da mulher.

O trabalho em Atenção Primária não é fácil se requer muita qualificação profissional e habilidade para lidar com os determinantes de saúde que extrapolam o campo específico das ações sanitárias além de decisão dos gestores no sentido de angariar apoio político, manter o suporte econômico, prover condições adequadas de trabalho e garantir educação continuada em serviço. A família é considerada uma instituição responsável por promover a educação dos filhos é influenciar o comportamento dos mesmos no seio social.

Eu trabalho na UBS Raymundo Expedito da Cruz, que fica na periferia da cidade de Rio Grande, com uma população de 7.500 pessoas divididas em três equipes de saúde. O horário de funcionamento é de segunda até sexta-feira das 08:00 às 17:30, com intervalo ao meio dia. O trabalho é integral e eu posso falar que tenho o privilégio de atuar numa UBS organizada com boa receptividade pela comunidade e com uma equipe motivada e interessada em oferecer assistência de qualidade aos usuários. A saúde local é trabalhada nas consultas clínicas com análise do diagnóstico, orientação de prevenção, promoção e de tratamento buscando esclarecer o prognóstico na tentativa de evitar seqüelas das doenças, continuando as consultas com visita domiciliar onde é feita a verificação nas

orientações prescritas nas consultas além de conhecer as condições de moradia, alimentação, higiene e social.

O acolhimento é bom tanto de nós como os usuários, estamos conhecendo a população, tentando mudar algumas coisas com reuniões freqüentes e tentando organizar nosso atendimento, a gente está trabalhando com sensatez, moral, periodicidade, ou seja, somos os sentinelas da Saúde do Povo Brasileiro.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Rio Grande é um município brasileiro localizado no sul do estado do Rio Grande do Sul (RS). Possui uma população estimada em 207.036 habitantes (IBGE, 2014), possui 08 UBS tradicionais e 22 unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF). Conta com 36 equipes de ESF e 19 Equipes de Saúde Bucal (ESB). Temos dois hospitais na cidade que são a Santa Casa e o Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande (FURG). Os dois estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de um Hospital Cardiológico. Existem também três Prontos Atendimentos, um hospital psiquiátrico e o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para onde são encaminhados os usuários que precisam o atendimento especializado. Não contamos com Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem o funcionamento adequado, pois tem uma resposta rápida quando precisamos do atendimento ou traslado de usuários com risco de morte e/ou lesão grave para outras instituições de saúde. Dispomos de três equipes de NASF dividido em urbano, litoral e rural, correspondendo a minha área de abrangência o primeiro. Todos estão compostos por uma nutricionista, uma assistente social, uma psicóloga e uma educadora física.



Figura 1 Fotografia de monumento da entrada da cidade de Rio Grande/RS.
Fonte: Foto entrada cidade

A UBS Raymundo Expedito da Cruz, localiza-se na Rua Paulo de Frontine, no bairro Vila Maria, no perímetro Urbano. Foi construída no ano 2002, desde o início é uma Unidade Básica de Saúde (UBS) com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Possui adesão ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) da Atenção Básica. O funcionamento é de segunda-feira a sexta-feira nos horários de 07:30 as 11:30 e na tarde das 13:30 até as 17:30 horas. Conforme os dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de 2015 possui uma população de 7500 pessoas na área de abrangência dividida entre 03 equipes de Saúde da Família. Temos na UBS a Equipe composta por um medico ,uma enfermeira ,um tec,enfermagem e quatro agentes comunitários e atende a uma população de 2424 usuários. Temos na UBS a Equipe composta por um médico geral, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um dentista e uma Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), atendemos uma população de 2424 onde temos 1.224 mulheres e 1.200 homens

Na UBS faltam algumas condições estruturais, mas é uma UBS com boa infraestrutura, ela tem uma recepção, cinco consultórios, uma sala de vacinação, três banheiros, uma sala de curativos, uma farmácia, uma sala de espera, uma sala

de enfermagem, um almoxarifado, um consultório de odontologia, uma sala de reuniões, uma área de organização dos prontuários, uma cozinha e um banheiro para os funcionários. Temos uma rampa para os usuários com limitações físicas, porém não tem corrimãos, o que constitui um risco. Com referência a estrutura da UBS acredito que temos grandes desafios necessários a serem alcançados pelos gestores, para que aperfeiçoem e busquem novas estratégias, com propostas estruturantes que garantam a eficiência das suas ações, consolidando os vínculos entre os serviços e a população, promovendo, além do acesso, o uso racional dos medicamentos. Com a chegada do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) o município aumentou a cobertura para 56% da ESF, ocasionando uma demanda maior de medicamentos, nos primeiros meses deste ano apresentamos muitas dificuldades no abastecimento de remédios. Com relação às referências de usuários às consultas especializadas, ainda temos dificuldades para o agendamento. O mesmo é feito através da UBS, só que os usuários ficam muito tempo esperando para assistir a consulta, afetando a qualidade do nosso trabalho e a avaliação da conduta de alguns casos que precisam de atenção secundária e terciária. Não temos acesso à internet, nem há computadores.



Figura 2 Fotografia da fachada da frente da UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz em Rio Grande-RS.

Fonte: próprio autor

O acolhimento na unidade é feito pelos profissionais das equipes onde todos participam do acolhimento, que é um acolhimento coletivo para atenção à demanda espontânea. Ele é realizado todos os dias em todos os turnos de atendimento. Começa na recepção, a equipe de saúde conhece, avalia e realiza a classificação dos riscos biológico/vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário, por isso, todos os usuários que chegam à UBS têm suas necessidades acolhidas ou escutadas. Temos o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e oferecemos nosso apoio em projetos benéficos para a população como o Bem Estar e Vida Ativa, além de realizar atividades educativas para adolescentes, crianças e mães dos mesmos. Também contamos com dois centros de ensino e duas igrejas que oferece apoio na divulgação e cedem os espaços para realização atividades programadas pelos integrantes da equipe de saúde.

Todas as quartas-feiras fazemos a reunião da equipe e discutimos os resultados de trabalho da semana, estabelecemos estratégias para o melhor funcionamento da unidade, analisamos temas importantes, casos clínicos para discussão e convidamos os integrantes do NASF para capacitações. Fazemos, além disso, uma reunião com o Conselho Gestor mensalmente e discutimos os diferentes protocolos do Ministério da Saúde (MS). Contamos com estudantes de fisioterapia que fazem o acompanhamento de usuários acamados e com seqüelas de algumas doenças ou acidentes e com estudantes do quarto e sexto ano de medicina, além de estudantes de quinto ano de enfermagem. As visitas domiciliares são programadas para os usuários que precisam, sempre estabelecendo a priorização dos mais afetados.

Em relação à saúde da criança na área de abrangência se faz atendimento a 21 (72%) crianças menores de um ano residente na área conforme o Caderno de Ações Programáticas (CAP), com as consultas em dia 17 (81%) crianças 4 (19%) crianças apresentam atraso da consulta agendada em mais de sete dias, com o Teste de Pezinho até sete dias os 21 (100%), todos com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, com as orientações para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes, triagem auditiva 21 (100%), vacinas em dia 18 (86%) crianças, avaliação de saúde bucal 17 (85%), 19 (90%) crianças fizeram primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida. NA UBS trabalhamos intensamente para melhorar a saúde da criança não

limitando o trabalho ao diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral. Fazemos promoção do aleitamento materno, promoção da saúde bucal, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção de saúde mental, formamos grupos de mães todas as terças-feiras onde orientamos sobre as dicas de alimentação saudável, explicamos o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, explicamos como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento, orientamos sobre o desenvolvimento neuropsicomotor, além de outras ações em consulta, visitas domiciliares, em escolas, igrejas, temos também o apoio do NASF. Porém temos muitas dificuldades, ainda, para ampliar a quantidade de dias para realização de puericultura e contar com um maior incentivo a participação das consultas de puericultura, principalmente, nos primeiros sete dias pós-parto, chegando a alcançar em 100% de participação. Outros desafios são ampliar e incentivar com mais frequência a amamentação e os cuidados com o RN; capacitar de forma ininterrupta os integrantes da equipe básica de trabalho para brindar uma atenção de qualidade, incrementando o número de profissionais na participação do planejamento, gestão e atendimento de puericultura em minha UBS.

Na área de abrangência da minha UBS, estima-se pelo CAP que teríamos 24 gestantes, porém de acordo com os dados levantados temos apenas 17 gestantes residentes na área e acompanhadas na UBS, portanto uma cobertura de 70%.

De acordo com o CAP temos que os Indicadores de qualidade estão cumpridos a contento. Temos que 17(88%) das gestantes foram captadas precocemente iniciando o pré-natal ainda no 1º Trimestre de gestação. Todas as 17(100%) gestantes cadastradas tem consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e 3 no terceiro trimestre. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Não nos descuidamos da solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados.

Todas as 17(100%) estão em dia com a vacina antitetânica e contra hepatite conforme protocolo, sobre a Prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo. Das 17 cadastradas 13 (76%) tiveram realizado pelo menos uma realizado pelo menos um Exame ginecológico por trimestre e somente 15(88%) tiveram avaliação de saúde bucal.

Todas as 17 (100%) gestantes cadastradas receberam orientação sobre o Aleitamento materno exclusivo para todas as cadastradas e acompanhadas. Temos indicadores de qualidade que precisam ser melhorados e a equipe já conhece esta problemática, pois já foi discutido anteriormente. Ainda, apresentamos dificuldades com as avaliações ginecológicas e obstétricas de gestantes de alto risco obstétrico, dificuldades com a infraestrutura em hospitais, influenciando no desenvolvimento do programa materno infantil. Por isso, temos que trabalhar muito mais para cumprir com todos os programas ou indicadores.

Na UBS estamos incrementado as visitas domiciliares a mulheres com risco pré-concepcional, gestantes, puérperas e fazem dois meses e meios que começamos os grupos de gestantes, o qual acontece todas às quintas-feiras antes das consultas de pré-natal onde orientamos sobre as dicas de alimentação saudável, orientamos o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso, sobre vacinação, orientamos sobre as práticas de promoção do aleitamento materno exclusivo, sobre os cuidados com o recém-nascido, sobre a promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto, recomendamos que realize revisão puerperal entre os 7 dias de pós-parto entre 30 e 42 dias, além das complicações que podem apresentar no pós-parto. Temos o apoio do NASF onde realizamos inter-consultas às gestantes com a nutricionista, psicóloga e com assistência social se precisarem de atendimento.

Quanto à atenção ao puerperio, segundo o CAP estimava-se que nos últimos 12 meses teríamos 29 partos, porém segundo dados levantados na UBS tivemos 24 (83%) mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses. Destas 21(88%) consultaram antes dos 42 dias do pós-parto e tiveram sua consulta puerperal registrada. As 21 (100%) receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar. Também as 21 (100%) tiveram as mamas examinadas, o abdome examinado e tiveram seu estado psíquico avaliado e apenas 17(71%) realizaram exame ginecológico. Das cadastradas 4(17%) foram avaliadas quanto à intercorrências no puerpério.

Apresentamos dificuldades com algumas puérperas que ficam um período fora da área, dificultando a captação precoce do recém-nascido e de puérperas. Temos consultas em dia de acordo com calendário do MS, com solicitação na 1º

consulta dos exames laboratoriais preconizados, vacinação com antitetânica, conforme protocolo, com exame ginecológico no 1º trimestre, assim como a avaliação da saúde bucal e a correta orientação para aleitamento materno.

Segundo o CAP tem uma estimativa para a área de abrangência da UBS é de 669 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e já estamos com 637 (95%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero.

Nos indicadores de qualidade estamos com 375 (59%) mulheres na faixa etária entre 25 a 64 anos de idade com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia o que eu significa dizer que elas realizaram pelo menos os 2 exames citopatológicos com intervalo de 1 ano e os outros a cada 3 anos. Temos 108 (17%) mulheres com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso considerando as que não realizaram o exame após seis meses da data recomendada de acordo com o critério para exame citopatológico em dia. Estamos com 9 (1%) mulheres desta faixa etária com exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Estas mulheres tem acompanhamento com especialista de obstetrícia da saúde da mulher no município. Devemos salientar que 358 (56%) das coletas realizadas estão com amostras consideradas satisfatória ..

Tivemos 358 (56%) destas mulheres acompanhadas que tiveram realizados a avaliação de risco para câncer de colo de útero durante a consulta clínica, onde estas mulheres de 25 a 64 anos foram investigadas para a presença de fatores de risco do CA de colo de útero (infecção pelo papilomavírus humano - HPV, tabagismo, comportamento sexual de risco para CA de colo de útero). Não nos descuidamos das orientações sobre prevenção de CA de colo de útero onde as 358 (56%) foram orientadas quanto a prevenção do CA de colo de útero considerando os fatores de risco acima mencionados e foram orientadas especificamente quanto a prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) .

Na UBS realizamos ações de promoção de saúde onde, oferecemos ações de educação para melhorar a saúde, assim como ações de estímulo à prática regular de atividade física, ao uso de preservativos em todas as relações sexuais,

orientações sobre os malefícios dos hábitos nocivos para o corpo humano como: o consumo excessivo de álcool e do tabaco.

Nas ações para prevenção de câncer de mama temos um número estimado de 251 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e estão acompanhadas na UBS 234(93%) destas mulheres e os indicadores de qualidade demonstram que apenas 136 (58%) destas 153 mulheres estão com Mamografia em dia. Temos 62 (26 %) com mamografia com mais de 3 meses em atraso .Temos que 109 (79%) mulheres receberam avaliação de risco para câncer de mama e 214 (91%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama.todas as mulheres vista em consulta de 50 a 69 anos som examinadas por o medico do posto ,no município temos para fazer ultrassonografia e mamografia

Com relação às mulheres que realizem seu próprio exame, mensalmente, das mamas, em busca de alterações independentemente da sua idade, orientamos a respeito das vantagens da realização da mamografia para o controle do câncer de mama e da importância de coleta de exame cito patológico para prevenção do câncer do útero em mulheres com idades de 25-64 anos e de 50-69 anos respectivamente.

Além de todas estas ações oferecidas na UBS, reconhecemos que temos muitas dificuldades, observadas quando avaliamos os indicadores, nem todos os profissionais da equipe aproveitam seu contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar prevenção do câncer de colo uterino e câncer de mama, tarefa muito importante para lograr o desenvolvimento do rastreamento organizado, além de incorporar a muitas mulheres a sua participação em grupos. Os profissionais que avaliam e monitoram os programas não produzem relatórios para oferecer melhor informações nas atividades de grupo. Como estratégia de trabalho, estamos capacitando os integrantes da equipe utilizando o Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher, instrumento de trabalho que visa dinamizar o processo de trabalho das equipes de saúde que atendem as mulheres na Atenção Básica. Estamos realizando atividades de grupos em escolas, associação de bairro /comunitário e em igrejas.

De acordo com o CAP, a estimativa de usuários portadores de HAS com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da equipe são de 541 pessoas com hipertensão, sendo que temos cadastrados 231 (43%) hipertensos considerando que temos o indicador de cobertura baixo, os indicadores de qualidade desta doença

se comportam da seguinte forma: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico a 189(82%) usuários; atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, 24 (11%) usuários; exames complementares periódicos em dia 184 (80%) hipertensos; orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável em 100%; avaliação de saúde bucal em dia só temos 119 usuários 52%. Como podemos observar a UBS, além de apresentar indicadores de cobertura baixa, também apresenta indicadores de qualidade baixos, sendo todos eles de suma importância para um melhor controle desta doença e para evitar complicações.

Com relação a DM a estimativa do CAP de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da equipe é de 155 pessoas com hipertensão, sendo que temos cadastrados na UBS 98 (63%) usuários . O índice de cobertura ainda baixo, os indicadores de qualidade desta doença com melhor índice que os índices da HAS. Com relação a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 86 (88%) diabéticos 21 (61%) com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias ; 91(93%) com exames complementares periódicos em dia; com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável 91(93%) diabéticos e com avaliação de saúde bucal em dia temos 78 (80%)diabéticos.

Todos os usuários que recebem atendimento em consulta é feito o controle do peso corporal e da pressão arterial, oferecemos ações de educação para melhorar a saúde, assim como ações de estímulo à prática regular de atividade física, a orientação sobre os malefícios dos hábitos nocivos para o corpo humano como o consumo excessivo de álcool, do tabagismo, fazemos diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, realizamos atendimentos para estas doenças todos os dias da semana e uma atividade de grupo, onde participa o educador físico, mas reconhecemos que temos muitas dificuldades, temos que incrementar a captação de usuários com estas doenças, pesquisando os 100% da população maiores de 20 anos, incrementando as visitas domiciliares e oferecer mais atividades educativas nas escolas, igrejas, comunidade. Um fato importante é incorporar ao resto da

equipe de trabalho (nutricionista, psicóloga, assistente social) às atividades de grupos. Isto parece difícil, pois eles atendem a várias unidades de saúde e só podem brindar consulta a este grupo nos dias planejados por eles em dependência de sua agenda de trabalho, por isso, é muito importante incrementar o número de profissionais participantes no NASF para conseguir melhor cobertura. Temos que continuar com a capacitação dos integrantes da equipe, usando os protocolos destas doenças para modificar os estilos de vida, lograr o diagnóstico precoce, brindar tratamento adequado e evitar complicações.

De acordo com os dados do CAP, a estimativa é de 330 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, e temos 309 (92%) idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. Dos idosos acompanhados temos 219 (72%) com a Caderneta de Idoso. Isto precisa ser conversado visto que é importante sim o uso da caderneta do Idoso, pois a mesma é uma ferramenta extremamente importante para que o cuidado seja efetivo, eficiente e resolutivo, pois ela permite que o profissional ao registrar as informações de saúde do paciente na mesma, permite a longitudinalidade do cuidado. Avaliando-se os indicadores vemos que durante os atendimentos os profissionais não conseguem realizar integralmente as avaliações multidimensional rápida onde apenas 158 (52%) tiveram-na realizada. Temos que 178 (59%) tiveram a avaliação de risco de morbimortalidade e nos 178 (59%) foi realizada investigação de indicadores de fragilização na velhice. Temos que 216 (71%) idosos estão com acompanhamento em dia. Dos idosos acompanhados temos que 167(55%) são hipertensos e 86(28%) são diabéticos. Temos que 65(21%) dos idosos mantêm suas avaliações de saúde bucal em dia. em todas as palestras se fala a pacientes e familiares como reconhecer sinais de risco a suas doenças e conduta que devem ser feita ante uma depressão no paciente idoso. Receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis e para a prática de atividade física regular 178(59%) idosos.

Existem muitos problemas ainda para serem resolvidos além das muitas atividades desenvolvidas, como a realização de atendimento de idosos em todos os turnos usando o protocolo de atendimento. Realizamos imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, promoção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, promoção, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, promoção, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e

tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo, diagnóstico e tratamento do tabagismo. Os problemas mais frequentes já foram analisados anteriormente, e afetam a todos os grupos, exemplo: não são todos os profissionais de minha equipe que participam de todas as atividades desenvolvidas, o educador físico, o assistente social, a nutricionista e o psicólogo só participam dois dias por mês. Outro problema é que muitos destes idosos não se encontram motivados para incorporar a prática de exercícios, não assistem aos grupos brindados a cada semana, não são todos vacinados, apesar das orientações tanto em consultas programadas, como em consultas por doenças agudas, palestras educativas e visitas domiciliares.

É muito difícil promover mudanças de estilos de vida, hábitos e costumes que favoreçam a saúde dos idosos. Nesta idade existem muitos preconceitos e nosso trabalho tem que ser contínuo,unido e incansável, para conseguir o objetivo que se deseja alcançar. Garantir a atenção integral, escalonada, oportuna e eficaz a este grupo de idade. Desenvolver técnicas educativas destinadas a fomentar estilos de vida mais saudáveis e a diminuir o hábito de fumar, diminuir a obesidade, maus hábitos alimentares, sedentarismo, abuso de álcool, acidentes, uso irracional de medicamentos. Desenvolver atividades educativas sobre a importância e a responsabilidade do indivíduo nos diagnósticos precoce de diabetes, HAS, cardiopatia isquêmica, doença cérebro vascular, insuficiência arterial periférica, osteoporose, demência, transtornos auditivos e visuais. Orientar adequadamente ao idoso e à família sobre situações familiares e sociais que ocasionam estresse psicossocial. Vacinar a todos os pacientes idosos tanto em atividades de consultas como de visitas domiciliares. Continuar com ações que facilitem o desempenho ou a aprendizagem de atividades economicamente úteis por parte do idoso como é o grupo de artesanato desenvolvido na UBS faz 18 meses. É de muita importância a avaliação das seguintes situações: idosos que moram sozinhos, sem amparo filial, impedidos físicos e mentalmente e procurar junto com a Assistente Social estratégias para ajudar a estas pessoa

Temos bom atendimento odontológico, existe uma odontóloga na UBS que atende todos os usuários cadastrados com exame odontológico, encaminhamento para próteses, além de realizar palestras sobre a saúde bucal e higiene na comunidade e nas escolas da área de abrangência.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Na primeira semana de ambientação eu tinha apenas uma ideia da UBS, mas todavia não tinha uma visão ampliada de toda a situação, isso só foi possível após o preenchimento do CAP e a ajuda da equipe durante a construção da análise situacional. O conhecimento das fragilidades apresentadas durante a análise situacional permitiu a realização de uma análise mais profunda do serviço, observando as deficiências, aspectos que eram possíveis de ser melhorados de imediato, bem como aqueles que necessitavam de maiores esforços para serem alcançados. Desta forma, foi possível reivindicar a melhoria da situação de nossa UBS.

A UBS evoluiu com a sistematização da análise realizada, melhorou o atendimento, diminuiu espera na sala, melhorou a capacitação dos profissionais, maior prevenção e promoção para as doenças crônicas, a comunidade ficou muito satisfeita e foram na rádio para falar sobre a melhoria no atendimento do posto.

Analizando o texto escrito na unidade de ambientação posso reiterar que o trabalho na UBS hoje é mais integral e tenho o privilégio de atuar numa UBS organizada, com boa receptividade da comunidade e com uma equipe motivada e interessada em oferecer assistência de qualidade aos usuários, com orientação de prevenção, promoção e de tratamento, buscando esclarecer o prognóstico na tentativa de evitar seqüelas das doenças, continuando as consultas com as visitas domiciliares, onde é feita a verificação nas orientações prescritas nas consultas, além de conhecer as condições de moradia, alimentação e higiene social. Apesar de todas estas medidas temos muitos desafios, muitas metas e muitos sonhos para atingir, que só serão alcançados com a união de todos os profissionais de saúde, dos líderes da comunidade, dos integrantes do conselho gestor, das autoridades dos municípios e até mesmo dos usuários.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Como citado em ANS(2009, p78), "a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) as enfermidades cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus. "A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), doenças crônicas não transmissíveis são importantes fatores de risco das doenças cardiovasculares. Segundo Brasil (2006,p.08) "a Hipertensão Arterial Sistêmica é a mais freqüente das doenças cardiovasculares e é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além das doenças renal crônica terminal". O Diabetes Mellitus, de acordo com Alfradique (2009 apud BRASIL,2013 b p. 19) "um problema de saúde considerado "Condição Sensível à Atenção Primária", ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares ". Uma intervenção voltada para a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos no contexto da APS constitui-se como fator primordial para proporcionar uma grande melhora dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população adstrita, já que essas enfermidades crônicas são importantes fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais constituem uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira.

A população da área de abrangência vinculada à equipe é de 2424 pessoas e segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) teríamos a estimativa de que na área haviam 541 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 155 pessoas com Diabetes. Nossa cobertura atual é de 231 (43%) hipertensos e 98 (68%) diabéticos acompanhados na UBS. A UBS funciona com atendimento diário de segunda a sexta-feira, pelas manhãs e são realizadas consultas e as tardes são desenvolvidos alguns projetos e feitas visitas domiciliares aos idosos, acamados e outros com necessidade de atendimento como doença crônica. São realizadas visitas com frequência para os portadores de DM e HAS por termos uma demanda muito grande destes usuários com dificuldades para acessarem o serviço. Os integrantes da equipe são: um médico geral, uma enfermeira, 1 técnico de enfermagem, quatro ACS, uma dentista, uma TSB, uma auxiliar de serviços gerais, dois agentes de segurança e dois recepcionistas. Algumas ações já estão sendo desenvolvidas com esta população, como a atualização dos prontuários, visitas domiciliares, realização de consultas semanais e educação em saúde, palestras sobre orientação nutricional, higiene, prática de exercício físicos, etc. No entanto, com a intervenção pretendemos realizar busca ativa aos faltosos nas consultas e também organizar melhor nosso arquivo para os registros de informações importantes decorrentes das consultas, a fim de que se torne possível a realização rotineira do planejamento, avaliação e monitoramento da respectiva ação programática.

O atendimento dos diabéticos e hipertensos deve ser feito dentro de uma rede de atenção à saúde, sendo que a equipe da APS deve ter conhecimento do fluxo de encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. Temos dificuldades de encaminhamento dos usuários a outros níveis do sistema e principalmente acompanhamento com especialistas, quando necessário. Não temos endocrinologista, cardiologista. Temos também problemas no período chuvoso, que é bem freqüente na região e muitas pessoas migram constantemente para outros bairros, outras áreas e outros municípios. Isto dificulta a adesão ao tratamento estabelecido para a prevenção de complicação aos hipertensos e diabéticos. As dificuldades são de conhecimento da gestão municipal.

A realização desta intervenção na nossa área de abrangência será de extrema importância e necessidade, pois proporcionará um acompanhamento

adequado aos usuários portadores de HAS e DM, garantindo um atendimento de qualidade, de acordo com o protocolo preconizado pelo MS.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz, Rio Grande/ RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1. Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 1.2. Cadastrar 70% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrada na UBS.

Meta 2.7. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na UBS.

Meta 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.9. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na área de abrangência da equipe 3 da UBS Raymundo Expedito da Cruz, no município de Rio Grande, RS. Participarão da intervenção adultos acima de 20 anos que sejam portadores de hipertensão e/ou diabetes residentes na área de abrangência da Equipe 3 da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 2.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Meta 2.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Monitoramento e Avaliação:

Ações:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa da UBS.

Detalhamento:

A equipe vai monitorar todos os hipertensos e diabéticos que forem cadastrados no programa da UBS. Para isso vamos avaliar todos os registros como as fichas espelhos e os prontuários clínicos sobre os mesmos, designando um responsável na equipe pelo registro que neste caso será a enfermeira da equipe. A avaliação será feita no final de cada semana, e elaboraremos um resumo mensal com o levantamento de todas as semanas, para ter a quantidade exata destes usuários. Isso será feito com o auxílio da planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso

Organização e Gestão do Serviço**Ações:**

- Garantir o registro de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicosímetro e fitas de Hemoglicoteste (HGT) na UBS.

Detalhamento:

Para isso será adotada pela a equipe o uso da ficha espelho do curso para registro, pois a mesma contém todas as informações necessárias a respeito do usuário, o preenchimento da ficha será de responsabilidade do médico e da enfermeira durante os atendimentos clínicos. A recepcionista, técnicos e ACS irão auxiliar no preenchimento dos dados de identificação e de antropométrica na sala de triagem.

Quanto ao acolhimento, todos os profissionais da equipe serão responsáveis por garantir a realização do mesmo diariamente na unidade, haverá espaço na agenda para a demanda espontânea e cada usuário hipertenso e/ou diabético terá a sua consulta garantida com agendamento, após a consulta o usuário terá agendada a próxima consulta de acordo com a necessidade de cada um. Buscaremos também junto a gestão garantir a obtenção de todo o material adequado para a intervenção, o médico irá enviar ao gestor um ofício de solicitação.

Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM na UBS.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Todo esse processo de informação, orientação e esclarecimento, será realizado através de palestras educativas com a população, com periodicidade a cada 15 dias, o médico e a enfermeira serão responsáveis em coordenar estas ações porém o restante da equipe irá colaborar e participar de todas as ações educativas, iremos utilizar diversos espaços como a igreja da comunidade, escolas e no posto de saúde.

Orientaremos a população através das consultas, visitas domiciliares e na sala de espera, esperamos engajar toda a equipe nessa multiplicação de informações.

Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.
- Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

As capacitações aconteceram de forma permanente na própria UBS, será disponibilizado o horário das reuniões da equipe, semanalmente, para estudarmos em grupo o protocolo do MS e discutirmos sobre o andamento da intervenção. Nos dias de atendimento aos hipertensos e diabéticos a enfermeira irá capacitar e

supervisionar as técnicas de enfermagem no uso e técnica adequada para a verificação da pressão e da glicemia capilar.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Meta 2.4 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.
- Monitorar a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes.
- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e periodicidade recomendada.
- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico

Detalhamento:

O exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e diabetes será realizado pelo médico e enfermeira da equipe durante as consultas e visitas domiciliares, tudo será minuciosamente registrada nas fichas espelhos individuais. Semanalmente será realizada uma revisão em todas as fichas espelhos e prontuários de cada usuário.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão, diabetes e no exame dos pés dos diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na UBS.
- Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés.
- Organizar a agenda para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das buscas domiciliares.
- Solicitar a referência e contra referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada. Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização da consulta odontológica das pessoas com hipertensão e diabetes provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira serão os responsáveis em capacitar a equipe e definir o papel de cada um na intervenção, o espaço para esta capacitação será na própria UBS durante as reuniões semanais, a enfermeira irá solicitar apoio de matriciamento junto a equipe do NASF. O tema da intervenção será apresentada ao gestor municipal, para garantir com o mesmo a agilidade para a aquisição de todos os materiais de insumos e impressos para as ações propostas. a equipe se organizo para fazer em uma sala fechada o exame dos PE dos diabéticos para guardar ética no pacientes eram feitos esses exames por a enfermagem e tec. de enfermagem capacitados para valorar isso pacientes.

A recepcionista será capacitada pela a enfermeira para organizar a agenda de forma que todos os faltosos que forem buscados tenham acesso ao atendimento na UBS.

O técnico de enfermagem ficará responsável por controlar todos os insumos e encaminhar os pedidos para a SMS periodicamente.

O médico irá pactuar junto com o odontólogo um espaço na agenda odontológica para a demanda proveniente das consultas de hipertensos e diabéticos além de solicitar a participação do profissional nas atividades coletivas.

Engajamento Público

Ações:

- Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes. Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes.

Detalhamento:

Serão realizadas palestras quinzenais para orientar os usuários e a comunidade essas palestras acontecerão na própria UBS e também como sala de espera realizadas pelos ACS e técnicas de enfermagem, a enfermeira junto com os ACS irá contactar os líderes da comunidade para juntos somarem esforços e elaborarem as mais diversas atividades coletivas relativas aos temas de prevenção e promoção da saúde.

Será solicitado ao farmacêutico responsável pela SMS uma lista atualizada das medicações gratuitas da farmácia popular para ser fixada de forma visível no mural da UBS.

O odontólogo será convidado pelo médico para participar das atividades coletivas junto com a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica**Ações:**

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico e exame dos pés apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na UBS para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

O médico ficará responsável por coordenar as capacitações da equipe juntamente com a enfermeira, estas capacitações serão de forma permanente

durante as reuniões de equipe, a enfermeira irá solicitar o apoio do NASF para colaborar com as educações continuadas.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2 Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através da avaliação dos prontuários e fichas-espelho. Essa revisão dos registros será semanalmente na UBS no fim do dia.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher as pessoas com hipertensão e diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

Aqueles usuários identificados como faltosos serão buscados através de visitas domiciliares pelos os ACS semanalmente.

A enfermeira junto com a recepcionista irá organizar a agenda para garantir vagas de consultas para os faltosos.

Engajamento Público

Ações:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer as pessoas com hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Nossa equipe informará a população, através das consultas, das vistas domiciliares e das palestras realizadas a cada 15 dias na UBS e através de os representantes das comunidades sobre a importância da realização das consultas, a periodicidade com que devem ser feitas as mesmas. Nas palestras ouviremos a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão. Toda a equipe ficará engajada para cumprir com esta ação.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento:

A enfermeira irá capacitar os ACS para que verifiquem junto com a recepcionista aqueles usuários que estavam agendados e faltaram para que estes sejam buscados através das visitas e tenham as consultas remarcadas. As capacitações serão ao final das reuniões de equipe

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes acompanhadas na UBS.

Detalhamento:

O médico todas as sextas-feiras irá revisar os registros para verificar se todos os dados estão registrados adequadamente e repassará estes dados para a planilha de coleta de dados.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Manter as informações do e-SUS atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento:

O médico irá sensibilizar a equipe para que adote como rotina a utilização das fichas espelhos, a enfermeira irá supervisionar se toda a equipe está alimentando os dados da intervenção também no e-SUS solicitando para a SMS relatórios do e-SUS mensalmente e avaliando os dados junto com a equipe durante as reuniões semanais.

Engajamento Público

Ações:

- Orientar os pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento:

Essas informações serão repassadas aos usuários durante as consultas e nas atividades coletivas.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e diabéticas.
- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Durante as reuniões de equipe o médico e a enfermeira irão detalhar com a equipe todos os campos de registro e seus significados como a importância de cada informação.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e Avaliação**Ações:**

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão controlar esses dados durante as consultas e depois com a avaliação de todos os registros.

Organização e Gestão do Serviço**Ações:**

- Priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento:

Os casos que forem identificados como de alto risco pelo médico ou enfermeira terão prioridade no atendimento e terão um acompanhamento mais frequente por toda a equipe assim como poderemos realizar estudos de casos durante as nossas reuniões. Os casos que forem necessários serão encaminhados para especialistas da rede com referência mento.

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Esclarecer as pessoas com hipertensão, diabetes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão estudar juntos a forma correta de utilizar o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, na própria UBS na primeira semana de intervenção.

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de orientação nutricional e atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão avaliar os dados das fichas espelhos semanalmente para verificar se todos os usuários estão tendo acesso as diversas orientações de promoção da saúde.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionista e educador físico nestas atividades.
- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do MS. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento:

A equipe toda, ou seja, médico, técnicos, enfermeira, ACS, odontólogo e técnica de odontologia vão organizar práticas coletivas uma vez ao mês. A enfermeira que é a coordenadora da UBS vai demandar junto ao gestor parcerias institucionais e a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo, já no início da intervenção. O odontólogo vai organizar agenda para participar das atividades coletivas.

Engajamento Público

Ações:

- Orientar pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

- Orientar pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes.
- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento:

Os diversos profissionais da equipe irão atuar em conjunto para que a comunidade receba estas orientações nas atividades coletivas que serão organizadas dentro e fora da UBS.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

- Capacitar a equipe da UBS sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes.
- Capacitar a equipe da UBS sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.
- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.
- Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

O médico e a enfermeira irão assumir estas capacitações que acontecerão na própria UBS nas reuniões semanais e irão solicitar ao NASF apoio para enriquecer os conteúdos e a metodologia do ensino.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas.

Meta 1.1 Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da UBS.

Meta 1.2 Cadastrar 70% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Numerador: Número de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da UBS.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4 Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.5 Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exames complementares em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus. .

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Objetivo 3 Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas na UBS com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus que faltaram à consulta.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas hipertensas com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas hipertensas cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à pessoas com diabetes Mellitus.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de pessoas com diabetes com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional. .

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional. .

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação nutricional.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão. .

Indicador 6.3 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos e diabéticos, vamos adotar o protocolo de atendimento ao paciente hipertenso e diabético do MS, 2013. Nossa UBS não possui sistema informatizado, assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e a enfermeira irão adotar a ficha espelho do curso, pois a mesma contém todas as informações necessárias, tais como: total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, exame clínico apropriado, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, faltosos às consultas médicas, estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Estimamos alcançar com a intervenção 80% dos hipertensos e 70% dos diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da totalidade das fichas espelho necessário e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coletas de dados.

Para organizar o registro específico do programa, o médico, a enfermeira e os demais membros da equipe localizarão os prontuários do total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Também será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Protocolo de atendimento ao hipertenso e diabético. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso serão reservados 2 horas ao final da semana, após a reunião de equipe e o médico será responsável pela organização da mesma. O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe. Serão reservadas quatro consultas diárias em um mesmo turno com prioridades no agendamento e sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de fatores de risco para estas doenças. Também realizaremos palestras sobre a importância da prática de atividade física regular e para abandonar o tabagismo. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos.

Semanalmente a equipe de saúde examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas e exames em atraso. Os ACS farão a busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso. Ao fazer a busca, já agendará a consulta para um horário que seja conveniente para o usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica do curso.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Chegamos ao final da intervenção com todas as ações previstas no cronograma realizadas, principalmente as atividades voltadas para a promoção da saúde, pilar importante para a qualificação da assistência. Realizamos a capacitação dos profissionais da UBS, baseando-se no protocolo do MS sobre hipertensão e diabetes. Os ACS foram capacitados para a realização das buscas ativas dos hipertensos e diabéticos. A princípio apresentamos algumas dificuldades para a realização das capacitações, como falta de local apropriado e a troca constante da equipe de enfermagem. No decorrer das atividades, conseguimos um espaço na UBS, onde as reuniões para as capacitações eram realizadas nas quintas-feiras às 16h30min. Desde então, com a equipe de enfermagem completa, foi dado prosseguimento com as atividades. No início, havia muitas dúvidas, principalmente por parte dos ACS, mas conseguimos com que todos os profissionais ficassem engajados e dedicados na intervenção com muito entusiasmo.

Foram definidas as atribuições de cada membro da equipe para o desenvolvimento das ações. Os atendimentos clínicos foram realizados nas terças e quartas-feiras no período da manhã. No início tivemos mais faltosos, mas com as buscas ativas e a divulgação do projeto na comunidade, esse número foi diminuindo gradativamente. Os horários de atendimentos eram reduzidos, pois estávamos em

uma época muito difícil principalmente para os idosos, com o inverno e muitas chuvas. Por isso, optamos por iniciar os atendimentos após as 10 horas da manhã, o que de certa forma, reduzia também o número de pessoas atendidas em um período.

Fizemos contato com os líderes comunitários, os quais não acreditavam muito em nosso trabalho, mas com a divulgação e a satisfação da comunidade começou a ficar explícita, eles acabaram contribuindo com os profissionais de saúde. Realizamos quatro reuniões com os líderes comunitários com adesão de todos. A participação da comunidade foi fundamental para o desenvolvimento da intervenção, pois todos aderiram e ficaram muito satisfeitos com a melhoria da qualidade dos atendimentos.

Também realizamos as buscas ativas para os hipertensos e diabéticos faltosos as consultas. Nesta ação não tivemos dificuldades, pois contamos com o apoio dos ACS, os quais realizavam as buscas através das visitas domiciliares. Para realizar o monitoramento da intervenção contamos com o apoio de todos da equipe, dos líderes comunitários, da SMS e também da assessora de saúde que se manteve constantemente auxiliando na organização do trabalho.

As ações de promoção da saúde foram realizadas em uma igreja da comunidade que se localiza perto da UBS. Nesta ação contamos com a participação de todos da equipe e com uma boa adesão da comunidade. Tivemos um total de 8 encontros com todos os usuários, famílias da comunidade, e importante falar o apoio que tivemos da igreja e pastor que em muitas ocasiões colaboração com as ações, tivemos a presença da nutricionista, pedagogo e profissionais envolvidos em nosso projeto, se ofertaram muitas ações em quanto a alimentação, estilo de vida, prática saudável de exercício físico, higiene pessoal e ambiental, luta contra vetores, saneamento em toda a comunidade, estas ações foram muito divulgadas e saímos no jornal da cidade com parabéns a todo o equipe por sua trabalho.



Figura 3 Fotografia de atividade coletiva realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015
Fonte: próprio autor



Figura 4 Fotografia de atividade de educação em saúde realizada com o Grupo de Hipertensos e Diabéticos na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015
Fonte: próprio autor

As visitas domiciliares costumavam acontecer todas as semanas e todos da equipe participaram desta ação. Durante a realização das visitas nas residências dos hipertensos e diabéticos com dificuldades de locomoção ou acamados, também conseguimos realizar ações de promoção da saúde, na busca de melhorar os hábitos de vida destas pessoas. Foram realizadas orientações sobre alimentação saudável e qualidade de vida. Em todas as residências fomos muito bem recebidos pelos usuários e nos sentimos mais próximos da realidade da comunidade adstrita da área da UBS.

Realizamos também atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos de alto risco, os quais, na maioria das vezes, eram encaminhados para pronto socorro em companhia da enfermeira da UBS.

O monitoramento dos exames clínicos e complementares, tivemos o início muita dificuldade com as análises, mas falamos com laboratório e nos ajudarem para agilizar os resultados, no início do projeto só ofertavam poucos exames complementares e era muito difícil a indicação do mesmo, mas como falei fizemos um convite em uma reunião com a SMS e o diretor do laboratório, explicamos a importância do projeto que ficaria como bibliografia para o município e nunca mais tivemos dificuldade nos faziam todos as análises indicados para o projeto e com muita qualidade e rapidez.

As reuniões de equipe eram realizadas todas quintas-feiras às 18 horas onde discutíamos as dificuldades encontradas na semana e então, traçávamos um planejamento de reorganização das ações, de modo que conseguíssemos resolver o problema já para a próxima semana e com isso, otimizar nosso trabalho.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Como dito anteriormente, conseguimos desenvolver todas as ações previstas no cronograma. No entanto enfrentamos algumas dificuldades que contribuíram para tardar o andamento da intervenção. Dentre elas está a demora para a impressão das fichas espelho no início da intervenção, pois a princípio, não tivemos apoio da gestão para a impressão das fichas, mas logo com ajuda da nossa

assessora, podemos imprimir todas elas na SMS. Outra dificuldade foi a troca da equipe de enfermagem durante o andamento das atividades, o que demandou novas capacitações e o tempo de adaptação dos profissionais na unidade e no engajamento da intervenção.

Apesar de todos os percalços, contamos com o engajamento da equipe em todas as ações realizadas e o apoio de todos para superar as dificuldades encontradas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Quanto a coleta e sistematização dos dados e fechamento das planilhas, contamos com o apoio da equipe e as dúvidas e dificuldades foram sanadas pela orientadora. Assim conseguimos obter um preenchimento correto das planilhas e conseqüentemente, resultados satisfatórios, que podem ser observados nos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações da intervenção foram incorporadas de fato na rotina de equipe, depois de muito trabalho mas com desejo de alcançar a meta e melhor toda a assistência prestada. Ainda contamos com uma estrutura física muito precária, enfrentamos dificuldades com as barreiras arquitetônicas, as quais dificultam o acesso dos usuários com problemas de locomoção ao serviço. Porém, mesmo com tais dificuldades, a equipe está muito engajada nas ações desenvolvidas durante a intervenção, pois além da melhoria da qualidade da assistência, tais ações possibilitaram a melhoria na organização do serviço. A satisfação da comunidade, principalmente com a realização das visitas domiciliares é outra questão que motiva toda a equipe da unidade para manter incorporada de forma efetiva as ações previstas no projeto desenvolvido. Desta forma, estamos comprometidos em dar continuidade com o atendimento dos usuários com doenças crônicas com a mesma qualidade e entusiasmo.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A Unidade de Saúde Dr Raymundo Expedito da Cruz localizada na área urbana do município Rio Grande-RS desenvolveu uma intervenção para melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no período de outubro 2015 a janeiro 2016 com uma equipe de saúde formada por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, uma odontóloga

A população da área de abrangência vinculada à equipe é de 2424 pessoas e segundo o Caderno de Ações Programáticas (CAP) tínhamos a estimativa de que na área haviam 541 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e 155 pessoas com Diabetes. Nossa cobertura antes da intervenção era de 231 (43%) hipertensos e 98 (68%) diabéticos. Durante o período da Intervenção cadastramos e acompanhamos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS, 194(84%) usuários hipertensos e 96 (98%) diabéticos da área. Para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados alcançamos as metas dos indicadores de qualidade.

Os resultados alcançados estão descritos logo abaixo:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

De acordo com a Figura 1, o primeiro mês de intervenção dos 541 hipertensos estimados para a área de abrangência da equipe, foram atendidos 58 usuários e atingimos uma cobertura de 10,7%. No segundo mês, com o seguimento das ações de buscas ativas e captações dos hipertensos pertencentes a área da UBS, conseguimos cadastrar 118, atingindo então uma cobertura de 21,8%. No terceiro mês, conseguimos aumentar este número para 194, chegando a uma cobertura de 35,9%.

A meta estipulada não foi cumprida, mas devido ao fato de que a equipe trabalhou intensamente com desejo de aprender, melhorar a saúde de nossa população, modificar modos e estilos de vida conseguimos agir com a qualidade necessária para assim diminuir a morbimortalidade por essa doença. O acolhimento da demanda espontânea foi realizado de forma organizada e com qualidade na atenção. Organizamos um fluxograma e todos os usuários maiores de 20 anos que vieram à UBS foram realizados a aferição da Pressão Arterial

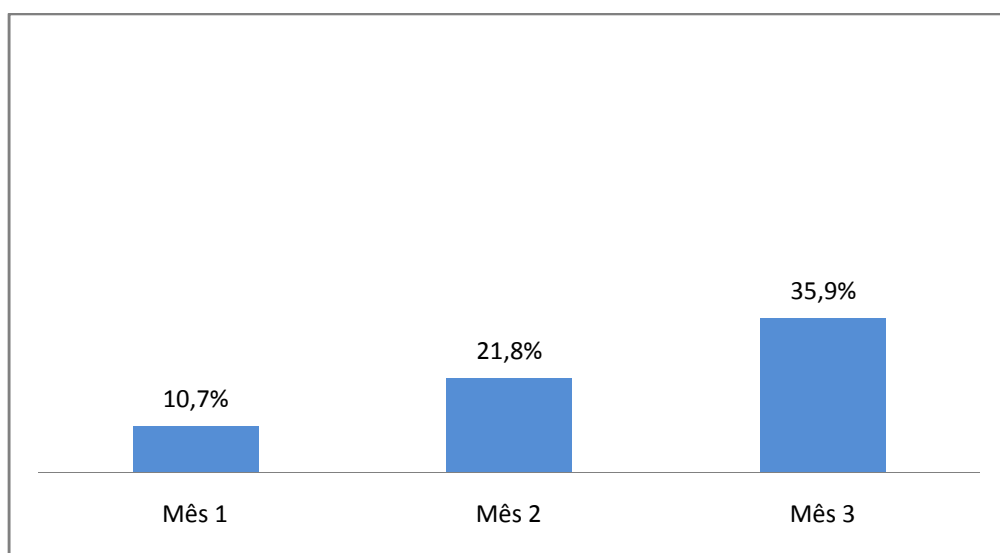


Figura 5 -Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015

Meta 1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da UBS.

Indicador 1.2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

De acordo com a Figura 2 , no primeiro mês de intervenção, dos 155 diabéticos estimados para a área de abrangência da equipe, foram atendidos 18, atingindo uma cobertura de 11,6% No segundo mês, com o seguimento das ações de buscas ativas e captações dos diabéticos pertencentes a área de abrangência da equipe conseguimos cadastrar 54 usuários, atingindo então uma cobertura de 34,8%. No terceiro mês, dando continuidade às buscas e ao cadastro, conseguimos aumentar este número para 96 usuários com diabetes , chegando a uma cobertura de 61,9%.

Como podemos observar apesar de não cumprirmos a meta de cobertura estipuladas, nos deixa cheio de orgulho e entusiasmo para dar continuidade ao nosso trabalho em equipe e continuar prestando um melhor atendimento na comunidade, pois o resultado foi uma soma de todos os esforços envolvidos..Conseguimos fazer rastreamento de indivíduos através de Hemoglicoteste (HGT) a todas as pessoas maiores de 18 que apresentarem pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg .

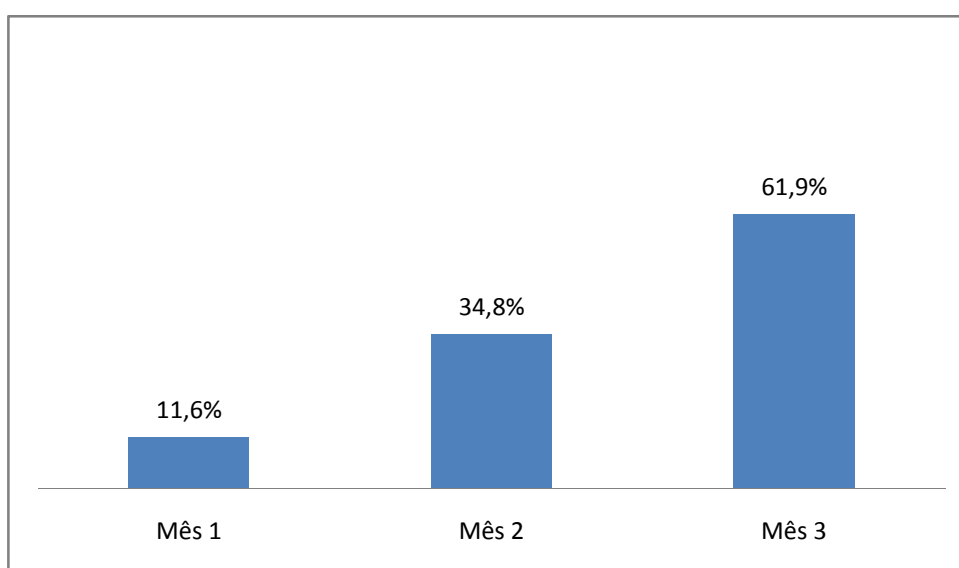


Figura 6 -Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Dr Raymundo Expedito da Cruz.Rio Grande/RS.2015

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. Desta forma, de acordo com o total de atendimentos realizados com os hipertensos do primeiro mês 58 (100%) usuários estavam com o exame clínico em dia. No mês 2 foram 118(100%) hipertensos e no mês 3 tivemos 194(100%) hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Contribuíram para o cumprimento integral desta meta o entusiasmo e dedicação de nossa equipe e destaca-se o trabalho dos ACS buscando os usuários para serem acompanhados adequadamente no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Da mesma forma, com o trabalho da nossa equipe de saúde, conseguimos atingir a meta estipulada em todos os meses da intervenção. Isso significa que no mês 1 atendemos 18 (100%) diabéticos , no mês 2 foram 54 (100%) diabéticos e 96 (100%) no mês 3 estávamos com 96 (100%) diabéticos cadastrados e estes estavam com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3 Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3 Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar exame dos pés em 100% das pessoas com

diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade). Esse indicador desde o início da intervenção se manteve em 100%, pois os usuários com Diabetes Mellitus tinham examinados seus pés no momento da consulta. No primeiro mês tivemos 18(100%) dos usuários com Diabetes Mellitus com exame clínico dos pés realizados. No mês 2 foram os 54(100%) e finalizamos o mês 3 com os 96 (100%) usuários com DM que tiveram realizado o exame dos pés com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade. A secretaria de saúde do município nos proporcionou uma pedóloga então quando detectávamos alterações nos pés dos usuários os mesmos eram encaminhados para a pedóloga do município.

Meta 2.4 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Indicador 2.4 Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Outra meta proposta para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos foi garantir a 100% desses usuários a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Conseguimos cumprir com a meta estipulada em todos os meses de intervenção de modo que todos os hipertensos atendidos em cada mês realizaram os exames complementares. Com ajuda do laboratório se fez análise a todos os usuários hipertensos vistos em consultas. No mês 1 foram 58 (100%), No segundo mês foram 118 (100%) e finalizamos no terceiro mês com os 194 (100%) usuários hipertensos cadastrados com os exames complementares em dia. No princípio era muito difícil a realização dos exames complementares, mas organizamos junto à gestão a realização dos exames solicitados aos usuários cadastrados no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS .

Meta 2.5 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Para os diabéticos, também com o intuito de melhorar a qualidade da atenção aos mesmos, a meta foi garantir a 100% desta população a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Durante os três meses da intervenção a meta de 100% foi alcançada. No mês 1 os 18(100%) diabéticos cadastrados estavam com exames complementares em dia, no mês 2 foram os 54 (100%) e no mês 3 todos os 96 (100%) diabéticos cadastrados estavam com os exames complementares em dia.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.6 Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Continuando com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, outra meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Durante todos os meses da intervenção conseguimos prescrever para todos os hipertensos as medicações da farmácia popular, cumprindo com a meta de forma integral. No primeiro mês foram 58 (100%) das pessoas com hipertensão cadastradas que estavam com a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No segundo mês foram 118(100%) e ao terceiro 194 (100%) dos hipertensos cadastrados no programa tiveram a prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Indicador 2.7 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular

Durante os três meses da intervenção conseguimos alcançar a meta onde 100% das pessoas com DM cadastradas que precisavam fazer uso de medicação tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular.

No primeiro mês foram 18(100%) pessoas com DM cadastradas que precisavam fazer uso de medicação e que tiveram prescrito medicação da farmácia

popular, No segundo mês foram 54 (100%) e ao terceiro 96 (100%) diabéticos cadastrados no programa tinham necessidade de uso de medicação e tiveram prescritos essencialmente medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia.

Meta 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.8 Proporção de pessoas hipertensas com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes, tínhamos como meta realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e esse indicador se manteve em 100% em todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 58 (100%) das pessoas com hipertensão cadastradas que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram 118 (100%) e ao terceiro mês 194(100%) dos hipertensos cadastrados no programa que tiveram realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.9 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.9 Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Neste indicador, o mesmo aconteceu para as pessoas com DM cadastradas. No primeiro mês foram 18(100%) das pessoas com diabetes cadastradas que receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foram 24(100%) e ao terceiro 96 (100%) das pessoas com DM cadastradas no programa que tiveram realizado a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Procuramos fazer atendimento odontológico aos diabéticos e hipertensos com ações de promoção e revisão bucal. Durante as consultas clínicas o médico e a enfermeira realizavam a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. A secretaria providenciou o envio de um odontólogo e este fora

inserido na intervenção e conseguiu realizar avaliação em todos os hipertensos e diabéticos cadastrados Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético na UBS. Temos muitos idosos com falta de próteses,mas ainda não conseguimos que todos tenham sua prótese por falta de materiais.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção, em todos os meses, os faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada foram buscados. No mês 1 da intervenção tivemos 1 hipertenso faltoso à consulta clínica agendada e ele fora buscado chegando à cobertura de 100%. No segundo mês faltaram 2 e os 2(100%) foram buscados e no terceiro mês finalizamos com 2 (100%) hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa realizada.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2 Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa

Durante toda a intervenção, não tivemos usuários com DM faltosos às consultas.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

O quarto objetivo foi de melhorar os registros das informações. Para isso, uma das metas foi manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. No primeiro mês foram 58 (100%) dos hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento e prontuário clínico. No segundo mês foram 118 (100%) e no terceiro mês foram 194 (100%) hipertensos cadastrados com registro adequado na ficha de acompanhamento, isso favorece um melhor controle dos hipertensos e diabéticos, assim como melhor seguimento, em busca de faltosos a consultas.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação aos diabéticos no primeiro mês foram registrados adequadamente na Ficha espelho e prontuários os atendimentos das 18(100%) pessoas com DM cadastradas, no mês 2 foram 54(100%) e finalizamos o mês 3 com as 96 (100%) pessoas com DM cadastradas com registro adequado do atendimento em ficha espelho e prontuário clínico.

Objetivo 5 Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Durante a intervenção foram realizadas avaliação do risco cardiovascular nos hipertensos em todos os meses, e alcançamos a meta estabelecida. No primeiro mês foram 58(100%), no segundo mês foram 118(100%) e ao terceiro finalizamos com 194(100%) pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Durante a intervenção foram realizados avaliação do risco cardiovascular nos diabéticos em todos os meses, e alcançamos a meta estabelecida. No primeiro mês foram 18 (100%), no segundo mês foram 54 (100%) e ao terceiro finalizamos com 96 (100%) pessoas com diabetes cadastradas com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Esta avaliação permite diminuir a mortalidade por essa doença muito frequente no Brasil.

Objetivo 6 Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade.

Meta 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade.

Meta 6.5 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo

Meta 6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pessoas com hipertensão

Indicador 6.7 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8 Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Foi proposto como meta atingirmos 100% destes indicadores de qualidade, e nestes três meses de intervenção conseguimos cumprir a meta proposta, que foi a realização das orientações a 100% destes usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes cadastrados durante a intervenção sobre orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês foram os 58(100%) dos hipertensos cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 118 (100%) e no terceiro mês foram 194 (100%) hipertensos cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Quanto às pessoas com Diabetes Mellitus cadastradas, no primeiro mês foram os 18 (100%) cadastrados que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No segundo mês foram 54 (100%) e no terceiro mês foram os 96 (100%) diabéticos cadastrados que foram orientados sobre alimentação saudável, em relação à prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene

bucal,este resultado favorece cambio e modo de estilo de vida da população ,diminuindo os risco de complicação e morte.

Todas as semanas se formavam um grupo de profissionais para realizar palestra na igreja da comunidade.

Contamos com o apoio da nutricionista, professor de exercícios físicos, equipe de saúde da unidade e gestão.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS propiciou uma ampliação da cobertura da atenção na comunidade especificamente aos hipertensos e diabéticos com o registro e a qualificação da atenção com especial atenção para os exames do pé diabético, exame bucal, neuropatia,complicação renal e retinopatia, bem como para a classificação de risco de diabetes e hipertensos.

Quanto à importância da intervenção para a equipe, podemos dizer que esta adquiriu conhecimento e experiência a respeito das doenças crônicas, conseguiu interagir com o usuário, conseguiu aumentar sua experiência em relação ao acolhimento. Suas ações foram pautadas nas recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, assim como o monitoramento permanente da hipertensão e diabetes. Este projeto oportunizou um trabalho integrado de toda a equipe principalmente entre médico, a enfermeira, o técnico de enfermagem e os ACS, os quais são pilares importantes para o desenvolvimento de nosso trabalho. Cada membro da equipe foi capaz de identificar e realizar suas atribuições durante a intervenção de forma organizada. Pôde-se observar um crescimento intelectual e cultural em todos os membros da equipe com o desenvolvimento das capacitações.

No serviço, conseguimos organizá-lo de tal forma que as ações não ficaram somente centradas no médico e enfermeiro, tendo os demais membros da equipe participativos nas ações. Obtivemos uma melhora na atenção à demanda espontânea, nos registros, no agendamento das consultas e conseguimos responder às necessidades do usuário de forma mais abrangente, conhecendo e priorizando os riscos, a fim de dar respostas com um atendimento de melhor qualidade e incorporação das ações na rotina do serviço. Fizemos palestra todos os dias na

recepção, triagem com melhor qualidade. A equipe está melhor preparada para dar resposta a todo o usuários, e assim incentivar a mudança no modo e estilo de vida. Se fossemos começar tudo de novo faríamos mais ações de promoção de saúde com a família e comunidade de uma forma mais próxima.

Para a comunidade foi de grande importância contar com uma equipe mais coesa e responsabilizada com o atendimento. Tivemos um impacto muito positivo junto à comunidade no desenvolvimento deste trabalho. Os usuários ficaram satisfeitos com a diminuição do tempo de espera na sala da recepção principalmente em se tratando de um melhor acolhimento com organização do serviço de forma a dar uma resposta aos problemas apresentados.

Pretendemos ainda dar seguimento com todas as atividades e principalmente ampliar a cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos para alcançarmos uma meta de 100%. Planejamos também utilizar o espaço da sala de espera no turno da manhã para realizar educação em saúde, com palestras sobre as doenças crônicas. Falando das necessidades de melhorias, precisamos aprimorar os registros e pretendemos para isso, solicitar um computador para a UBS a fim de agilizar nosso processo de trabalho. Com esta tecnologia também conseguiremos aprimorar o monitoramento das ações e diminuir o volume de fichas que ficam armazenadas nos arquivos da UBS.

Esperamos que no próximo mês, seja possível completar a equipe com os ACS que estão em falta assim conseguiremos melhorar o atendimento da população de micro áreas mais distantes da UBS. Logo em seguida, pretendemos também investir em outras ações programáticas como a atenção ao pré-natal e puerpério, prevenção do câncer de colo de útero e mama. Para isso já conversamos com a gestão para que possamos contar com o apoio e cooperação.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores,

Os profissionais de saúde da UBS Raymundo Expedito da Cruz desenvolveram um trabalho de intervenção voltado para a atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e vamos aqui relatar os benefícios alcançados com este feito, bem como as dificuldades que enfrentamos para qualificar a assistência prestada a esta população.

Com o desenvolvimento deste trabalho, na área de abrangência da nossa unidade básica de saúde, conseguimos uma maior padronização e organização dos atendimentos aos usuários da população-alvo. Toda a equipe recebeu capacitação de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, para implantar um atendimento qualificado, que fosse capaz de levar ao melhor controle possível dessas enfermidades, prevenindo assim, o surgimento de diversas complicações graves que impactariam negativamente na qualidade de vida desses usuários.

De um total estimado de 231 usuários com HAS da nossa área adstrita, conseguimos cadastrar 194, alcançando uma cobertura de 84%. Estimamos que a nossa área possua 98 usuários com DM, e destes, 96 foram cadastrados, alcançando uma cobertura de 98% dentro de um período de 12 semanas. Atualizamos e criamos novas fichas para aqueles usuários que estavam aderindo ao programa pela primeira vez, o que possibilitou a realização de um acompanhamento efetivo das ações realizadas de forma individual, bem como a identificação dos usuários faltosos às consultas e assim realizar a busca ativa. Conseguimos também realizar exame clínico, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, para

todos os hipertensos e diabéticos cadastrados. Para todos também foi solicitado os exames complementares, prescrevemos medicamentos da farmácia popular, facilitando assim a aquisição da medicação. Atingimos o total destes usuários para estratificação de risco cardiovascular. Todos eles também receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre práticas de atividades físicas regulares, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da saúde bucal.

A intervenção proporcionou também um maior engajamento da comunidade adstrita no serviço, pois realizamos diversas ações de promoção à saúde através de atividades coletivas, como palestras, as quais contribuíram muito para uma maior aproximação da comunidade com toda a nossa equipe. Esta atividade também foi importante para realizar orientações sobre seus problemas de saúde e como conviver com a doença crônica mantendo uma boa qualidade de vida.

A gestão municipal obteve um papel importante neste trabalho, pois disponibilizou a maior parte dos materiais e instrumentos que solicitamos, disponibilizou as fichas-espelho, os protocolos do Ministério da Saúde. Também garantiu a comunicação e o apoio do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, já que muitos idosos eram depressivos e tivemos que fazer em conjunto, um trabalho com ajuda de gestores e profissionais deste serviço.

Portanto, esse apoio dos gestores foi fundamental para que obtivéssemos os resultados alcançados e principalmente alcançamos a meta de 100% nos indicadores de qualidade. A partir de agora, visando a qualificação das demais ações programáticas do serviço de saúde, ainda são necessárias algumas melhorias importantes, a fim de que seja possível ampliar a intervenção e qualificar ainda mais o serviço. Dentre elas estão completar a equipe de saúde da UBS com outros ACS, melhorar a inter-relação com outros especialistas melhorando a retroalimentação das informações. Também solicitamos à gestão ações de melhoramento das ruas próximas à UBS para que facilite a acessibilidade da população. Também é preciso fazer adequações na UBS para eliminar barreiras arquitetônicas.

Para que possamos dar continuidade com este trabalho, iremos somar esforços para atingir a meta de cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos. Precisamos que nos dias de visitas domiciliares tenhamos disponível uma condução que nos leve nos locais mais longe e de difícil acesso. Saliento aqui a importância de se realizar um trabalho em conjunto entre as equipes de saúde, gestão e comunidade, para que seja possível qualificar a assistência prestada e

melhorar a qualidade de vida da população. Desta forma, nós da equipe de saúde esperamos poder contar de forma constante com o apoio da gestão para darmos prosseguimento ao trabalho já iniciado e também ampliá-los para as demais ações programáticas típicas da Atenção Primária em saúde (APS) como atenção ao pré-natal e puerpério e prevenção do câncer de colo de útero e mama.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

No período de outubro de 2015 a janeiro de 2016, a nossa equipe de Estratégia de Saúde da Família da UBS Raymundo Expedito da Cruz desenvolveu uma intervenção que melhorou a qualidade dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos que moram na área atendida pela equipe. A intervenção trouxe muitos benefícios para a população, principalmente para os usuários hipertensos e diabéticos da nossa área de atuação, pois antes da criação deste, não existia um atendimento organizado voltado para as pessoas que tivessem essas doenças e, devido a esse motivo, muitos desses usuários nem procuravam a UBS se não estivessem se sentindo adoentado.

Durante a intervenção cadastramos no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético 194 pessoas com hipertensão dos 231 que existem na área alcançando uma cobertura de 84%. Estimamos que a nossa área possua 98 usuários com DM, e destes, 96 foram cadastrados, alcançando uma cobertura de 98% dentro de um período de 12 semanas. Antes da intervenção tínhamos muitos usuários hipertensos e diabéticos que estavam com as consultas atrasadas.

Após o início da intervenção toda a comunidade foi beneficiada, pois as consultas dos hipertensos e diabéticos passaram a ser agendadas, nas segundas-feiras, terças-feiras e quartas-feiras a tarde. Isso fez com que aumentasse a participação dos hipertensos e diabéticos nas consultas. Antes da realização deste programa, nós conseguíamos agendar apenas cinco atendimentos ao mês para esta população, gerando uma grande dificuldade no acesso ao serviço de saúde. Esta nova forma de agendamento permitiu também que não houvesse uma superlotação de hipertensos e diabéticos em um mesmo dia e que outras pessoas que não tivessem essas doenças, mas que estivessem precisando de atendimento, também

fossem atendidas, para que não houvesse prejuízo à nenhum morador da comunidade.

Outro benefício que este trabalho trouxe para o serviço de saúde foi a possibilidade de termos uma ficha de acompanhamento para cada pessoa que fosse atendida, onde foi possível anotar todos os dados importantes das consultas e saber todas as informações necessárias de cada participante do programa. A criação das fichas de acompanhamento possibilitou, também, que a nossa equipe pudesse identificar e ir até a casa daqueles que não estavam comparecendo às consultas, para que essas pessoas também pudessem ser atendidas. Realizamos visitas domiciliares em busca dos que faltavam a consulta e também para aqueles que possuíam alguma dificuldade de locomover-se até o serviço. Nestas visitas foram realizadas orientações sobre estas doenças, sobre a melhoria da qualidade de vida, respondemos também a todas as dúvidas destas pessoas e seus familiares. Realizamos encontro com a comunidade a fim de divulgar o nosso trabalho e solicitar o apoio de todos para que consigamos dar prosseguimento com o mesmo e expandi-lo para as demais populações da nossa área de abrangência do serviço de saúde.

Todos os hipertensos e diabéticos eram examinados e novas consultas eram marcadas sempre que necessário. Além disso, todos recebiam diversas orientações quanto a uma melhor alimentação, sobre a importância da prática de atividades físicas no dia-a-dia, sobre a importância de parar de fumar e sobre o uso correto das medicações que faziam uso. Um dos grandes benefícios que o trabalho trouxe para a comunidade foi permitir uma maior aproximação das pessoas com a nossa equipe e com a unidade básica de saúde.

Podemos evidenciar vários benefícios que este trabalho trouxe para os atendimentos à comunidade e tivemos uma boa aceitação de todos até o momento. A tendência é que este trabalho ganhe maior evolução a partir de agora, atingindo mais grupos como gestantes, crianças, idosos, enfim todas as demais pessoas que estão cadastradas na nossa área de abrangência.

Precisamos contar ainda mais com o apoio da comunidade de forma que estimulem os usuários diabéticos e hipertensos a fazerem as consultas de acompanhamento e divulgar sobre a importância de modificar o estilo de vida ,pratica de exercícios físicos ,alimentação saudável.É importante que a equipe

possa contar com o apoio da comunidade e que ela seja mais participativa nos serviços de saúde, e que sejam nossos divulgadores da melhoria dos atendimentos realizados até agora e que nos tragam notícias de pessoas que estejam sem receber os atendimentos necessários por algum motivo especial. É com a colaboração de todos que pretendemos prosseguir qualificando nosso trabalho e assim oportunizar uma melhor qualidade de vida à nossa comunidade.

7 Processo pessoal de aprendizagem

Meu processo de aprendizagem durante a realização do curso de especialização foi muito produtiva. A princípio apresentava muitas dúvidas em relação a desenvolver um projeto de intervenção em um país diferente do meu, porém com o apoio recebido da equipe de trabalho e também da tutora do curso renovei minhas esperanças para seguir em frente. Minhas expectativas iniciais foram com muitas duvidas. Não sabia se contaria com o apoio de minha equipe ,comunidade, se alcançaríamos os objetivo ,as metas.... Foram muitas horas de insônia ,mas felizmente as dúvidas e dificuldades foram superadas..

Foi um aprendizado principalmente no que se refere a interação com a equipe e também com a comunidade. Todos da equipe de saúde conseguiram ter outra visão sobre o atendimento à comunidade, a realizar o acolhimento efetivo, a trabalhar com a educação em saúde. Conhecer a realidade da população a qual atendemos, realizando diagnóstico de forma efetiva e assim conseguir um tratamento mais adequado a cada usuário. A especialização oportunizou o aprendizado de como trabalhar com a estratégia saúde da família.

Foi muito interessante o processo pessoal de aprendizagem para mim, além de ser uma experiência única vivida através de um meio virtual.A cada semana aprendíamos algo novo, se misturavam culturas,conhecimentos de profissionais de outros países,com protocolos diferentes, porém com um único objetivo o de ofertar nosso conhecimento à comunidade para modificar estilos de vida em favor de uma melhor saúde para assim evitar doenças que põem em perigo as vidas dos habitantes. Muitas delas que somente com medidas profiláticas são previsíveis, dependendo das orientações que sejamos capazes de realizar (ações de promoção e prevenção comunitárias).

A participação nos fórum também foi muito importante, pois quando interagíamos com outros colegas, enriquecíamos nosso conhecimento, pegamos idéias, trocávamos critérios, não somente médicos, mas também alternativas de como proceder melhor diante das adversidades, pois estamos morando em um país estrangeiro, situação que às vezes constitui um obstáculo para nosso aprendizado. Também nos fórum atualizamos temas clínicos nunca vividos, pois existem doenças que em nosso país não são conhecidas, somente estudada por livros, não na prática. Tivemos, vivências de situações de outras comunidades, descritas pelos demais colegas, sendo uma forma muito especial de estarmos envolvidos no curso. Este curso contribuiu muito com a minha prática profissional, Hoje me sinto melhor profissional, mas humano e melhor capacitado.

Referências

ANS-Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). **Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar** / Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil). - 3. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro : ANS, 2009.244 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/ProdEditorialANS_Manual_Tecnico_de_Promocao_da_saude_no_setor_de_SS.pdf Acesso em 05/02/2015

BATISTELLA C. **Abordagens contemporâneas do conceito de saúde**. In: Fonseca AF, Corbo AD, organizadores. *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz; 2007. p. 51-86. Disponível em http://www.retsus.fiocruz.br/upload/documentos/territorio_e_o_processo_2_livro_1.pdf#page=51 Acesso em 11 de Fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2006.58p.

_____. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde**; organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre : Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

Anexos

[illegible][illegible]

Anexo B Planilha de Coleta de Dados

[illegible][illegible]

Anexo C Documento do Comitê de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^{fa} Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Patricia Abrantes Duval
Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo D Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Rafael Correosa Hernandez), (MEDICO ESPECIALISTA EM MEDICINA GERAL, número do conselho CRM4300100) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:Rafael Correosa Hernandez

Telefone: (5381482515)

Endereço Eletrônico:rafaelhernandez8093@yahoo.es

Endereço físico da UBS:Rua Paolo de Frontini no.105

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,
Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante